+(попуњава подносилац захтјева)

ИМЕ (име родитеља) И ПРЕЗИМЕ/НАЗИВ ФИРМЕ/ПРАВНОГ ЛИЦА	
ЈМБ/ЈИБ	
АДРЕСА	
ЛИЧНА КАРТА (бр. и мјесто издав.)	
КОНТАКТ ОСОБА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

Пријемни штамбиљ

ОПШТИНА ЛАКТАШИ
ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА БОРАЧКО-ИНВАЛИДСКУ ЗАШТИТУ

ПРЕДМЕТ: Захтјев за признавање права на здравствену заштиту

Корисник сам личне – породичне инвалиднине као _____
_____
_____

Нисам запослен, немам приход од пољопривредне нити професионалне дјелатности, нисам корисник пензије по прописима Фонда ПИО и не налазим се на евиденцији Завода за запошљавање.

ПОДНОСИЛАЦ

_____

I **Уз захтјев је потребно приложити следећу документацију:**

- изјава да подносилац није запослен (овјерена)
- увјерење пореске управе (канцеларија бр.16 општина Лакташи)
- увјерење Фонда ПИО (филијала ПИО Б.Лука)
- увјерење Заједнице за запошљавање (Лакташи)

II **Захтјев ће рјешавати референти у канцеларији бр. 3 (сутерен), а за потребне информације можете се обратити на бр. тел. 334-201, 334-203.**